

130

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 31 Mars 1892, à 1 heure.

PAR J.-M. FERREIRA,

Né à Belem (Lisbonne) Portugal, le 16 Octobre 1864.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

GOUTTE SATURNINE

Président : M. LABOULBÈNE, Professeur.

Juges : MM. } RÉMY, Professeur.

} HUTINEL et QUINQUAUD, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

150

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 31 Mars 1892, à 1 heure

PAR J.-M. FERREIRA,

Né à Belem (Lisbonne) Portugal, le 16 Octobre 1864.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

GOUTTE SATURNINE

Président : M. LABOULBÈNE, Professeur.

Juges : MM. } RÉMY, Professeur.

} HUTINEL et QUINQUAUD, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1892

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique médicales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.....		REGNAULD.
Hygiène.....		HAYEM.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBENE.
		STRAUS.
		SEE (G.).
		POTAIN.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladie des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....		LE FORT.
		DUPLAY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		LE DENTU.
		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	ROBIN (ALBERT)
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARTZ.
BRISAUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENU.	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	REITERER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NELATON.	RIBEMONT-DESS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE

A MES FRÈRES

A MON AMI SEVERIANO MONTEIRO

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LETULLE

A MES JUGES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

C'est M. Charcot qui a publié en France la première observation de goutte saturnine, déjà connue et étudiée en Angleterre par Garrod. Cette observation est relatée dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* au cours d'un article, qui a pour titre : *L'Intoxication saturnine exerce-t-elle une influence sur le développement de la goutte ?* Elle est typique : nous la reproduisons plus loin.

Dès 1854, Garrod avait remarqué qu'un quart des goutteux qu'il avait observés à l'hôpital, avaient déjà présenté l'une des formes de l'intoxication saturnine, coliques, paralysies... (1) Plus tard, sur cinquante-et-un goutteux qu'il avait soignés à l'hôpital d'University College, il trouva que seize d'entre eux étaient des plombiers ou des peintres en bâtiments. Il est revenu

(1) Médico-Chirurgicai transactions, vol. XXXVI. Communication à la Société Médico-Chirurgicale de Londres.

sur cette question dans son immortel Traité de la goutte, et nous devons avouer que les divers travaux publiés dans la suite ont ajouté peu de notions nouvelles à celles qu'il nous a léguées. Garrod saisit le rapport de causalité qui unit le saturnisme à la goutte; de plus, se plaçant au point de vue de la pathogénie, il s'efforce de démontrer que l'intoxication par le plomb crée un état d'altération du sang, caractérisé par un défaut d'excrétion de l'acide urique, qui met le saturnin dans les conditions diathésiques du gouteux ordinaire.

Avant Garrod, ces relations de causalité avaient été entrevues. Dès 1752, Musgrave en parle d'une façon explicite. Quelques années après, W. Falconer dit : « Les eaux de Batt sont de la plus grande utilité dans le traitement des affections gouteuses qui succèdent quelquefois à la colique de Poitou et qui ont été observées et discutées par le Dr Musgrave et depuis par le Dr Huxham. » D'autre part, voici un passage très remarquable de C. Hillier-Pavry, qui écrit en 1807 (1) : « J'observe qu'après la paralysie saturnine, des malades d'âge moyen, d'ailleurs auparavant bien portants, sont très sujets à éprouver des accès de goutte dans les membres. M. C..., entre autres, a eu la goutte au pied, et il en a éprouvé quelque soulagement. »

Après la communication de Garrod, d'autres médecins anglais, tels que Burrowes, W. Begbie, apportent un certain nombre d'observations confirmatives.

(1) Collections from the Unpublished Medical Writings of the Late. C. H.-Pavry, London, 1823, t. I, page 243.

Cependant il persiste un doute dans les esprits ; on se demande s'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence. L'article de M. Charcôt, auquel nous avons fait allusion plus haut, reflète cet état d'esprit. Bref, on demande de nouvelles observations, pour asseoir un jugement définitif.

Pendant ces trente dernières années, des documents nouveaux ont été apportés à la question. MM. Ollivier, Lancereaux, Charcôt, communiquent quelques faits. Deux thèses sont soutenues devant la Faculté de médecine de Paris, l'une par Halma-Grand en 1876, l'autre par Verdugo en 1883. En outre, tandis que MM. Labadie-Lagrave et Jaccud sont presque muets sur cette question dans leur article goutte du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* paru en 1872, M. le Dr Rendu, dans un article plus récent (1883) du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, lui consacre une page, en exprimant le regret qu'on ne puisse réunir dans la science qu'une quarantaine de faits publiés.

Nous avons en notre possession cinq observations inédites de goutte saturnine, recueillies à l'hôpital Lariboisière, pendant le premier semestre de l'année 1885, dans le service de M. le professeur Bouchard. Toutes n'ont pas une valeur égale, quelques-unes sont un peu écourtées ; certains détails, importants au point de vue doctrinal, ont été omis et négligés. Parfois même, elles prêtent le flanc à la critique. Cependant, malgré ces imperfections, nous croyons faire œuvre utile de les publier.

Nous nous proposons de les dépouiller, de les analyser, de les commenter. Il aurait été intéressant d'étendre ce travail à toutes les observations qui ont été publiées jusqu'ici ; mais, outre que ce travail, se trouve en partie réalisé dans les deux thèses que nous avons indiquées plus haut, il nous eût entraîné à des développements que nous n'avions pas le temps de lui donner. Nous restreindrons notre étude à la partie exclusivement clinique de la question. Nous regrettons de ne trouver dans nos observations aucun élément qui puisse nous permettre d'éclairer l'anatomie pathologique et physiologique de la goutte saturnine ; nous ne saurions ajouter rien de nouveau aux notions plus ou moins anciennes que nous devons à Garrod, ainsi qu'à MM. Charcot, Lancereaux et Bouchard.

Avant de quitter la France, nous tenons à remercier les Maîtres de la Faculté de médecine de Paris de l'accueil bienveillant qu'il nous ont toujours réservé, en nous permettant de profiter, au même titre que les étudiants nationaux, des richesses scientifiques accumulées dans les hôpitaux.

Nous présentons à M. le Dr Letulle, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, l'expression de notre dévouement et de nos sentiments respectueux.

Que M. le professeur Laboulbène, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, daigne agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie générale.

Dans le cours de cette étude, nous aurons souvent l'occasion de parler de la goutte qui survient chez les sujets prédisposés à cette affection par leurs antécédents héréditaires ou par leur hygiène alimentaire, et de la goutte qui atteint les individus intoxiqués par le plomb. Pour simplifier le langage, nous appellerons la dernière : *goutte saturnine*, et la première : *goutte diathésique*, sans toutefois vouloir établir entre les deux une démarcation que nous ne croyons exister, ni dans leur expression symptomatique, ni dans leur essence pathogénique. Il nous arrivera aussi, pour les mêmes raisons, d'écrire les mots gouteux saturnins et gouteux diathésiques.

La goutte, apanage des classes élevées, est rare dans les hôpitaux. C'est l'opinion générale. Nous la croyons fondée. Cependant, si l'on se rapporte aux faits qui

ont été observés pendant le premier semestre de 1885, dans le service de M. le professeur Bouchard, on voit que sept goutteux bien avérés se sont présentés pour recevoir des soins. Ce chiffre est notablement élevé, surtout si l'on veut bien remarquer en outre qu'il ne s'applique qu'au mouvement des malades, qui ont passé dans une moitié des lits de la salle, c'est-à-dire vingt-deux lits environ. Parmi ces sept goutteux, cinq avaient manifestement subi l'action de l'intoxication saturnine ; deux étaient étrangers à cette intoxication. Ces derniers, bien que nous ne donnions pas leur observation, méritent de fixer un instant notre attention ; l'un, cocher de fiacre, gras et obèse, était fils de paysans indemnes de toute manifestation de brodytrophie ; mais ses deux grands-mères avaient présenté jadis des accès de goutte très manifeste. De plus, il était gros mangeur, menant l'existence large des cochers en général. C'était un goutteux diathésique. L'autre, tourneur en cuivre de son état, sans avoir des antécédents héréditaires suspects et sans qu'il ait été possible de relever dans son passé les divers accidents prémonitaires de l'accès de goutte, était devenu goutteux vers l'âge de 54 ans. Ce dernier pourrait être discuté : l'observation ne dit pas si on a recherché l'intoxication saturnine. Celle-ci se dérobe souvent à la sagacité du médecin (nous aurons l'occasion d'en fournir un exemple) ; le malade manipulait les métaux ; le genre de travail auquel il se livrait n'est pas spécifié ; peut-être se servait-il du plomb ou de quelques-uns de ses composés. Ces doutes suffisent pour nous

faire éliminer ce malade du groupe des gouteux saturnins et pour le faire ranger parmi les gouteux diathésiques. Nous ne croyons pas qu'il faille faire intervenir une intoxication par le cuivre comme facteur étiologique de sa goutte : jusqu'à présent, du moins, aucune observation de ce genre n'a été publiée.

Abordons maintenant l'étude des cinq observations qui ont trait à des malades, manifestement saturnins.

Obs. I. — Le malade, âgé de 43 ans, n'a pas d'antécédents héréditaires qui le prédispose à la goutte. Son enfance a été malheureuse, marquée par des privations. Il a présenté des accidents strummeux, mais jamais aucune de ces manifestations propres aux enfants qui deviendront plus tard gouteux. Soldat pendant 7 ans, il a eu les fièvres paludéennes, sans éprouver jamais ni colique néphrétique, ni colique hépatique. Notons cependant l'existence de flux hémorrhoidaires. Il est fruitier, fait quelques excès alcooliques et offre de la dyspepsie. A 37 ans il est atteint de son premier accès de goutte. Les crises se renouvellent fréquemment jusqu'à l'âge de 43 ans, époque à laquelle il est observé à l'hôpital. Quelle conclusion tirer de cet exposé ? Faut-il ranger ce malade parmi les gouteux diathésiques ? Au premier abord, on se trouve acculé à cette nécessité, bien que ni ses antécédents de famille, ni son existence si longtemps misérable n'y autorisent. Il est vrai qu'on peut invoquer comme facteurs étiologiques les libations (ce qui est très discuté), la vie plus large qu'il mène... Il subsisterait un doute, si l'interrogatoire et l'examen plus approfondi du malade

n'avaient révélé une intoxication saturnine de date ancienne. D'abord peintre en bâtiments, il a exercé cette profession jusqu'à l'âge de 35 ans, époque à laquelle il s'est marié. Cette notion éclaire l'origine de la goutte chez ce malade. Il doit rentrer dans la catégorie des gouteux saturnins. En terminant, nous ferons remarquer que jamais il n'a eu ni coliques de plomb, ni paralysies... La goutte a été, pour ainsi dire, la première manifestation de son intoxication par le plomb. C'est ainsi qu'il faut, nous le croyons, considérer la goutte dans ses rapports avec l'intoxication saturnine. En d'autres termes, elle constitue un accident de cette dernière, au même titre que la colique de plomb et les paralysies.

Obs. II. — Elle a trait à un malade soigné par M. Charcot, en 1861, à l'hôpital Lariboisière. Originaire du Piémont, issu d'une famille pauvre où l'on ne trouve aucun antécédent arthritique, si ce n'est un peu d'asthme chez la mère, il a toujours eu une existence précaire, devant subvenir aux besoins d'une femme et de cinq enfants. Il n'a jamais offert les accidents prémonitoires de la goutte diathésique. Par contre, jeune encore, il avait des accès de colique de plomb ; le plus violent est survenu à 28 ans. C'est à 32 ans qu'il a fait son premier accès de goutte. Evidemment il s'agit ici d'une goutte saturnine : nous regardons ce fait comme indiscutable et absolument démonstratif.

Obs. III. — Les antécédents héréditaires du malade qui en fait l'objet ne plaident pas en faveur d'une goutte diathésique ; le père avait assurément des varices ; la

mère présentait de temps à autre des douleurs articulaires. Certes, nous devons tenir compte de cet élément rhumatismal, quelle que soit, du reste, l'opinion qu'on se fasse sur les relations de la goutte et du rhumatisme. Mais, d'autre part, l'observation mentionne l'absence de toute dermatose chez les ascendants et chez les collatéraux; en outre, dans son enfance, notre malade a été surtout un scrofuleux et nous trouvons notés les engorgements ganglionnaires, l'otorrhée, les gourmes, la conjonctivite... Il est de plus à remarquer qu'il a commencé à manier le plomb tardivement, à l'âge de 35 ans, et, 7 ans après, à 42 ans, sans avoir eu préalablement aucun des accidents de l'intoxication saturnine, colique ou paralysie, il a été atteint de sa première attaque de goutte. Pour nous, il n'est pas douteux que cette dernière ne soit sous la dépendance directe du plomb. Indépendamment des raisons que nous avons déjà données pour rejeter l'origine *diathésique* de sa goutte, il n'est pas jusqu'aux accidents pulmonaires qu'il a offerts quelques mois avant son accès, qui ne soient en faveur de notre assertion : les accidents pulmonaires, selon toute vraisemblance, ont consisté en une pleurésie. Or, les déterminations pleurales ne font pas volontiers partie du cortège de la goutte; ils relèveraient plutôt de la constitution strummeuse qu'il présente depuis son enfance.

Obs. IV. — Ici nous trouvons chez le père des accidents cardio-pulmonaires et peut-être aussi d'origine rénale, et chez la mère un cancer, suivant toute probabilité. Quant aux collatéraux, ils jouissent d'une bonne

santé. C'est à 14 ans que ce malade fait son apprentissage de peintre en bâtiments. Son enfance et son adolescence s'écoulent sans rhumatismes, chorée, palpitations, migraines et troubles digestifs quelconques. Il est militaire pendant sept ans, fait des excès alcooliques, contracte les fièvres intermittentes. Il n'a jamais ni gravelle, ni coliques néphrétiques ou hépatiques. Il a deux accès de coliques de plomb, le premier à 30 ans, le deuxième à 37 ans. C'est huit à dix jours après son premier accès de colique qu'il a été frappé par la goutte. Le deuxième accès de colique a été également accompagné d'une attaque de goutte. Entre temps est survenue la paralysie des extenseurs de la main et de l'avant-bras, qui n'a jamais totalement disparu. Sans remonter aux antécédents héréditaires, qui n'ont rien de probant, il nous semble qu'il serait difficile de ne pas faire rentrer notre malade dans le cadre des gouteux saturnins. Aucune des affections de son enfance ou de sa jeunesse ne pouvait faire présager pour plus tard l'attaque gouteuse. Par contre, nous trouvons dans ses antécédents un facteur étiologique prépondérant, dont l'influence ne saurait soulever de contestations. En outre, son attaque de goutte est précoce : elle survient à 30 ans et suit à quelques jours d'intervalle un accès de colique saturnine. Bien plus, à 37 ans, nouvelle colique saturnine et nouvelle attaque de goutte. Pour nous, cette succession d'accidents ne représente pas une coïncidence simple : il existe un rapport étroit entre les deux phénomènes, et ce rapport réside dans cet état particulier de la constitution de

l'individu, que l'intoxication saturnine a créé. L'accès de goutte a mis fin à la colique de plomb. Nous n'avons pas les éléments nécessaires pour définir le rapport de causalité. En l'absence de recherches nouvelles, nous ne voulons pas reproduire les théories diverses qui ont été bâties pour expliquer la goutte chez les saturnins. Nous ferons remarquer que ce rapport n'avait pas échappé aux premiers observateurs et que dès le siècle dernier, ainsi que nous l'avons rapporté plus haut, W. Falcaner, suivi cinquante ans plus tard par Hilrier-Patry, le proclame d'une façon assez explicite.

Obs. V. — Cette observation est incomplète. Nous manquons de renseignements touchant les parents du malade ; l'étude de ses antécédents est également trop écourtée. Cependant, telle qu'elle est, elle ne manque pas d'intérêt. Jeune encore, il manie le plomb en qualité de peintre en bâtiments. Surviennent plus tard des coliques et la paralysie des extenseurs des doigts et de l'avant-bras. Enfin, à 41 ans, il a une première attaque de goutte et comme dans l'observation précédente, quelques semaines après, une atteinte légère de colique saturnine. Bien qu'imparfaite à certains égards, cette observation confirme les faits que nous avons avancés jusqu'ici. Nous pouvons, au sujet des relations de la colique saturnine avec l'accès de goutte, lui appliquer les commentaires que nous avons développés dans l'Obs. IV. Elle mérite d'en être rapprochée.

Obs. VI. — Notons ici l'obésité et les migraines fréquentes chez la mère de notre malade et chez l'une de

ses sœurs. Lui-même présente des tares multiples : il est syphilitique, alcoolique et paludéen. Sur la jambe, existe une plaque d'eczéma guéri. Il n'est peintre en bâtiment que depuis 10 ans ; il n'a donc pas subi une intoxication invétérée par le plomb. Toutefois, il n'a pas échappé, peu de temps après avoir embrassé cette profession, à la colique de plomb. A 38 ans, il a son attaque de goutte. Que conclure de ces faits ? Est-ce une goutte saturnine ou une goutte diathésique ? Nous croyons qu'il s'agit d'un cas mixte. De par ses antécédents (obésité et migraines de la mère et d'une sœur — plaque d'eczéma), il avait la prédisposition qui conduit à la goutte. Il aurait peut-être échappé à cette dernière si un élément nouveau n'était venu s'ajouter, à savoir le saturnisme. Puisque cette intoxication conduit souvent à la goutte des sujets, qui normalement devraient en être indemnes, pourquoi n'y conduirait-elle pas plus sûrement ceux qui, à l'exemple de notre malade, présentent le passé des gouteux diathésiques. Aussi, pensons-nous que cette observation ne peut être revendiquée exclusivement, ni par les partisans, ni par les adversaires, aujourd'hui très rares, si toutefois il en existe, de la goutte saturnine.

Dans cette étude analytique, plusieurs faits ressortent.

Si la goutte diathésique est rare dans les hôpitaux, il n'en est pas de même de la goutte saturnine. Dans un semestre, et pour un nombre restreint de malades, cinq gouteux sur sept étaient des saturnins avérés. Pour quatre au moins, l'influence de l'intoxication par

le plomb ne saurait être contestée ; la cinquième, seule, prête à la discussion.

Habituellement, le malade a présenté quelques-uns des accidents ordinaires de l'intoxication plombique, colique (Obs. II, Obs. IV), paralysie, ou l'une ou l'autre (Obs. V, Obs. VI). Toutefois, dans nos Observations I et III, l'éclosion de la goutte n'a été précédée d'aucune manifestation de l'intoxication saturnine ; l'attaque de goutte a été pour ainsi dire le premier accident de l'empoisonnement chronique. Avec cette interprétation, il faudrait aux chapitres complication du saturnisme en ajouter un pour la goutte, à côté de ceux qui sont réservés à la colique et aux paralysies.

Signalons la succession immédiate des accès de colique saturnine et des accès de goutte, que présentaient deux de nos malades.

On ne peut invoquer le mode d'alimentation, car, si deux d'entre eux usaient d'une nourriture abondante, les autres avaient été toute leur vie durant soumis à des privations.

Nous pourrions aussi nous demander si l'alcoolisme, si manifeste chez plusieurs de nos malades, et le paludisme, dont trois au moins avaient été affectés, ne jouerait pas aussi un rôle dans l'étiologie de la goutte, contrairement à l'opinion générale ; mais, en présence de l'action si prédominante du saturnisme, il nous paraît très difficile d'assigner une part quelconque à ces deux facteurs.

CHAPITRE II

Symptomatologie.

La goutte saturnine ne reproduit pas traits pour traits les caractères cliniques de la goutte diathésique. Assurément, les points de contacts sont plus nombreux que les points de divergence, et, à un examen superficiel, on pourrait croire qu'il n'existe aucune différence. Cependant, il suffira de lire nos Observations pour voir que si l'accès de goutte saturnine, pris en lui-même et dégagé de tout élément étranger, ressemble à celui d'une goutte ordinaire, il est telle ou telle particularité dans le mode d'apparition, dans le mode de succession des accès et enfin dans les complications qui justifient les développements que nous donnons à cette question.

Trouvons-nous chez nos goutteux saturnins ces éléments symptomatiques que l'on a réunis sous le nom de phénomènes prémonitoires de la goutte ? Ont-ils été ces enfants vigoureux, de souche arthritique, qui

deviendront plus tard, sans addition d'autres facteurs étiologiques, des diabétiques ou des gouteux ? Non, ils ont eu une santé délicate, et quelques-uns portent les stigmates de la scrofule. Nous ne relevons chez eux ni dermatoses, ni migraines, ni épistaxis, ni hémorroïdes. Le malade de notre Observation VI fait seule exception : il est noté qu'il a eu des migraines et une plaque d'eczéma sur la jambe. Nous nous sommes assez expliqué à son sujet dans le chapitre précédent pour que nous n'ayons pas à y revenir. Un autre (Obs. I) a présenté un flux hémorroïdaire : isolé, cet accident n'a pas de valeur.

Quelques-uns de nos malades sont dyspeptiques ; mais on n'oubliera pas qu'ils sont entachés d'alcoolisme, ce dont témoignent leurs cauchemars, leurs pituites, le tremblement des doigts et de la langue. Ce n'est donc pas la dyspepsie prémonitoire de la goutte, avec ses crises passagères, séparées par des périodes de santé parfaite ; c'est la dyspepsie alcoolique simple, banale, qu'on rencontre si souvent dans la clientèle hospitalière.

Si nous ajoutons que la bronchite spasmodique et l'asthme, de même que la colique néphrétique et la colique hépatique, ne sont signalés chez aucun de nos malades, nous aurons démontré suffisamment que dans la goutte saturnine les phénomènes prémonitoires de la goutte ordinaire diathésique font défaut. Aussi, dans un cas donné, ne faudra-t-il pas négliger de pousser l'enquête dans cette direction : l'absence bien constatée de ces divers signes pourrait, à défaut de rensei-

gnements précis, faire penser à une intoxication saturnine qui, pour des raisons diverses, aurait passé inaperçue.

Il est ordinaire que la goutte diathésique frappe l'individu en pleine santé ? En est-il de même de la goutte saturnine. Déjà, depuis longtemps, M. Bucquoy a remarqué que l'accès de goutte survient chez les saturnins affaiblis et surmenés. Si nous dépouillons nos Observations, nous constatons la confirmation de cette assertion. L'Obs. II, empruntée à M. Charcot, nous montre un individu chargé de famille, travaillant et peinant pour subvenir aux besoins de tous les siens, souvent privé du nécessaire : c'est dans ces conditions qu'il devient goutteux à 38 ans. Le malade, dont l'histoire est rapportée dans l'Obs. III, a eu trois mois avant sa première attaque de goutte, une fluxion de poitrine ou une pleurésie, qui a duré un mois et demi et a exigé autant de temps pour la convalescence. A peine rétabli, il a été gagné par la goutte. Dans l'Observation IV, nous ne trouvons relatée aucune maladie antécédente... Par contre, combien de causes d'affaiblissements et surtout combien puissantes ! N'a-t-il pas eu les fièvres paludéennes ? ne fait-il pas un usage abusif de l'alcool ? Au reste, il nous suffirait peut-être de remarquer que ses accès de goutte sont survenus à la fin des crises de colique saturnine. Celle-ci laisse l'organisme dans un état de dépression et de déchéance qu'on ne rencontre jamais avant l'éclosion des accès de goutte diathésique. Et ce fait n'est pas isolé : nous le retrouvons dans l'Observation V, où nous voyons l'attaque de goutte,

précédée quelques semaines auparavant de coliques légères, sans tenir compte des crises plus violentes et des paralysies qu'il avait présentées bien avant. Les malades de l'Observation I et de l'Observation VI paraissent avoir été pris en bonne santé. Mais ne sont-ils pas des paludéens et des alcooliques ? Le dernier n'est-il pas en même temps syphilitique ? En outre, huit jours auparavant, il s'était occupé à faire des déménagements très pénibles. C'est à la suite de ces fatigues qu'il ressentit des élancements dans le gros orteil, précédant de deux jours l'éclosion de l'accès de goutte. Ce sont là tout autant de causes débilitantes au premier chef. Cependant nous ne voudrions pas tomber dans l'exagération et faire dire à nos observations plus qu'elles ne contiennent, mais nous croyons respecter la vérité en affirmant que nos saturnins avaient, avant l'apparition de la goutte, une santé fortement ébranlée, non seulement du fait de l'intoxication plombique, mais encore du fait de l'alcoolisme, des fièvres paludéennes, de la syphilis ou même d'une affection pleuro-pulmonaire. A ce sujet, nous partageons entièrement l'opinion de M. Bucquoy.

Si jusqu'ici nous avons relevé des caractères qui différencient l'accès de goutte saturnine de l'accès de goutte diathésique, ces caractères appartiennent, non pas à l'accès lui-même, mais bien aux conditions diverses dans lesquelles l'individu en est frappé. En effet, la lecture de nos Observations prouve que l'accès en lui-même ne diffère pas dans la goutte saturnine de ce qu'il est dans la goutte diathésique.

D'habitude, il débute brusquement au milieu de la nuit par le gros orteil, qui gonfle, rougit et devient horriblement douloureux. L'œdème gagne le pied tout entier, les veines dilatées se dessinent sous la peau, les mouvements spontanés ou provoqués sont impossibles, la pression y est insupportable. Les douleurs subissent des rémissions diurnes et reparaissent les nuits suivantes. Cependant, après une huitaine ou une dizaine de jours, les phénomènes commencent à régresser et finissent par disparaître complètement, si l'attaque a été légère. Ailleurs, la douleur et le gonflement se généralisent plus ou moins vite aux autres jointures, au cou-de-pied, au genou, au poignet, aux articulations des doigts, aux coudes, aux épaules. On a dit que cette généralisation est propre à la goutte saturnine, mais outre que nos Observations offrent des exemples de goutte assez bien limitée (Observation VI), il est fréquent dans la goutte diathésique de voir plusieurs articulations prises à la fois, sinon à la première attaque, du moins dans les attaques successives : c'est ce que nous voyons dans l'Observation I, où les douleurs, localisées lors des premières atteintes, se sont étendues dans la suite à presque tous les articles. Telle est la goutte saturnine aiguë.

Notre Observation II caractérise assez bien la marche de la goutte saturnine : les accès se répètent rapidement, deviennent presque subintrants au bout de un ou deux ans, perdant en acuité ce qu'ils gagnent en fréquence. Les dépôts tophacés s'opèrent au niveau des oreilles et des jointures ; les têtes articulaires

s'hypertrophient et se déforment ; l'ankylose est rapide. Les malades sont bientôt des impotents, la goutte est devenue chronique. Tous nos sujets ne réalisent pas ces conditions, car nous les avons surpris à une époque trop rapprochée du début des accidents, alors que la goutte torpide ou chronique n'est pas encore constituée.

Les divers appareils prennent une part plus ou moins active à l'accès de goutte saturnine. Plus que pour la goutte diathésique, l'appareil digestif est touché, ce qui tient probablement à ce fait que cet appareil est frappé par le plomb avec une sorte de prédilection. La langue est très saburrale, l'haleine fétide, l'appétit nul, la constipation des plus opiniâtres ; la nausée et le vomissement sont fréquents. Plusieurs de nos malades nous ont offert l'exemple de cette sorte d'embarras gastrique. On remarquera que nous ne faisons pas allusion à la goutte de l'estomac, à la goutte rétrogradée : il ne nous a pas été donné de l'observer chez nos gouteux saturnins. Le système vasculaire et l'appareil respiratoire n'ont pas été intéressés chez plusieurs de nos malades, nous avons trouvé les radiales athéromateuses, mais l'auscultation du cœur ne nous a révélé ni souffles, ni bruits anormaux.

On sait quelles lésions profondes le saturnisme imprime au parenchyme rénal. Cependant, sur nos six Observations, une seule nous montre que le rein était malade : c'est l'Observation IV. Nous nous y arrêtons un instant pour tâcher d'interpréter les accidents cérébraux que le malade a présentés au cours de son accès de goutte. Entré au sixième jour d'un accès de

goutte aiguë avec une température de 39° à 40°, il fut pris deux jours après d'un délire violent, avec hallucination de la vue, cris et agitation... Ce délire survenu, au milieu de la nuit, disparut au matin. Le malade ne conserva aucun souvenir de ce qui s'était passé ; il ne lui resta que de la lassitude et de la fatigue. Comme le jour de son entrée, on avait constaté l'existence d'une certaine quantité d'albumine dans les urines, on se demanda si les accidents cérébraux ne relevaient pas de l'urémie ; mais l'étonnement fut grand, quand l'examen renouvelé des urines ne révéla aucune trace d'albumine. En outre, fait non moins remarquable, les douleurs articulaires, le gonflement, l'œdème avaient complètement disparu. Ces diverses constatations plaidaient en faveur d'une encéphalopathie goutteuse, d'une goutte rétrocedée, remontée au cerveau. Ces crises ne se reproduisirent pas. Les jours suivants on constata encore de l'albuminurie, laquelle fut transitoire et disparut définitivement avant l'exéat. Nous pensons qu'il faut repousser l'idée d'urémie et incriminer l'encéphalopathie goutteuse, quelle que soit l'interprétation pathogénique qu'on puisse donner de cette dernière.

Nous n'avons pas encore parlé de la température au cours de l'accès de goutte saturnine. Cependant elle est digne de fixer l'attention. M. le professeur Bouchard en a fait une étude méthodique dans la goutte diathésique. Nous retrouvons dans quelques-unes de nos Observations, particulièrement dans l'Observation III, les caractères qu'il lui a assignés. L'accès de goutte est aigu ; c'est le premier que le malade pré-

sente. Le 5^e jour du début des accidents, au moment de son entrée à l'hôpital, la température atteint 40°. Les trois jours suivants, elle oscille légèrement entre 38° et 40° ; puis les oscillations deviennent plus grandes, la température montant à 40° ou 39°8 le soir et descendant le matin à 38°. Après un lysis de 2 jours, la température n'arrive qu'à 36°9 pour se maintenir dorénavant autour de 37°5. La chute de la température, commencée le 11^e jour, est devenue définitive le 12^e jour. C'est autour de ce type thermométrique que gravite la fièvre dans les divers cas de goutte aiguë, soit saturnine, soit diathésique. Elle présente une marche bien définie.

Telles sont les particularités intéressantes que nous offre, au point de vue de la symptomatologie, le dépouillement de nos Observations. Elles peuvent se résumer en quelques propositions :

1° La goutte saturnine n'a pas, comme signes avant-coureurs, les phénomènes prémonitoires de la goutte diathésique ;

2° Elle ne débute pas en pleine santé ; au contraire elle surprend l'individu, affaibli ou surmené ;

3° La tendance à la généralisation, qu'on a voulu considérer comme une caractéristique de la goutte saturnine n'est peut-être pas aussi manifeste qu'on l'a affirmé : nos Observations ne nous permettent pas de formuler une conclusion ferme. Par contre, la tendance à la chronicité et à la torpeur est incontestable ;

4° La marche de la température est dans la goutte saturnine la même que dans la goutte diathésique. Elle a un type cyclique.

CHAPITRE III

Diagnostic et Pronostic.

Reconnaître la goutte n'est pas, d'ordinaire, une tâche difficile. Le siège de la douleur, le gonflement, la rougeur, l'œdème très étendu, la dilatation des veines superficielles, les circonstances spéciales dans lesquelles apparaissent ces divers phénomènes sont des caractères suffisamment nets pour permettre d'affirmer la nature goutteuse de l'affection. Il est même possible de faire un diagnostic rétrospectif, si l'on tient compte de la desquamation furfuracée, et, plus tard, de l'état lisse et luisant de la peau, qui persiste si longtemps dans les régions touchées par la goutte. A l'état chronique, les déformations osseuses, les épaisissements périarticulaires, les productions tophacées n'offrent qu'une similitude grossière avec les lésions du rhumatisme chronique. Aussi bien dans les Observations que nous relatons, le diagnostic de goutte a pu, de prime abord, être affirmé sans doute possible.

Mais le diagnostic de goutte sans épithète est aujourd'hui insuffisant. En présence d'un cas de goutte, il faut toujours penser à la possibilité d'une intoxication par le plomb et se tenir prêt à la dépister, quand telle ou telle circonstance empêche de la saisir sur le fait. Assurément, quand le goutteux, peintre ou plombier, offre le liseré gingival, accuse dans son passé des coliques de plomb ou présente des paralysies, la difficulté est tranchée. La plupart de nos malades se sont présentés dans ces conditions. Mais il n'en est pas toujours ainsi et nous rappelons, à ce sujet, notre Observation I : Ce malade avait un cas typique de goutte ; on aurait pu s'en tenir à cette constatation, d'autant plus que la notice de la profession déclarée ne donnait aucun éveil. L'absence de liseré, de colique ou de paralysie, dans les commémoratifs, contribuait encore à éloigner la pensée d'une intoxication saturnine possible. L'enquête conduite avec l'intention ferme de trouver une étiologie plausible de la goutte révéla cette intoxication. Dans la pratique, et en dehors des Observations que nous avons signalées, on peut supposer et trouver réalisés des cas plus difficiles : de même que, dans certaines agglomérations, on voit apparaître des accidents saturnins, aigus ou chroniques, sous l'influence d'une eau d'alimentation renfermant du plomb, de même on pourrait être amené à y constater la goutte. On conçoit l'intérêt qu'il y aurait à dépister la cause véritable de cette dernière. Une question d'hygiène de la plus haute importance serait liée à la solution de ce problème.

En l'absence de tout élément diagnostique tiré des

signes ou des accidents de l'intoxication par le plomb, serait-il possible de différencier la goutte saturnine de la goutte diathésique proprement dite? Oui, dans quelques cas déterminés, bien nets; non, dans la majorité des cas. Il faudrait s'appuyer sur les considérations que nous avons développées dans le chapitre précédent, tenir compte de l'absence ou de l'existence de signes prémonitoires antérieurs, de l'état de santé qui a précédé l'éclosion de la goutte, peut-être aussi de la tendance à la généralisation et du passage rapide à la chronicité. Nous croyons que, dans la pratique, on se heurterait à des difficultés insurmontables.

Le pronostic de la goutte saturnine est celui de la goutte diathésique, aggravé encore du fait des lésions propres à l'intoxication par le plomb. Du reste, il est absolument individuel, lié à l'état des divers organes, subordonné à l'hygiène que le malade suivra. La suppression de l'intoxication et des excès alcooliques contribuerait dans une large mesure à diminuer sa gravité.

CHAPITRE IV

Traitement.

Nous nous bornerons à quelques indications, car il relève du traitement général et de la goutte et de l'intoxication saturnine.

L'accès de goutte saturnine aiguë sera respectée. L'enveloppement ouaté et la diète lactée satisferont à la plupart des cas. On y ajoutera le carbonate de lithine (0 gr. 60) et le bicarbonate de soude (3 cuillerées à café par jour, délayées dans un quart de verre d'eau). Toutefois, si la température est trop élevée (40° à 41°), si les douleurs sont excessives, on pourra administrer le sulfate de quinine à la dose de 1 gr. et le salicybate de soude à la dose de 5 à 6 grammes.

Quant la période aiguë de l'accès sera terminée, on s'adressera au colchique. Ce médicament si précieux, véritable spécifique de la goutte, ne doit jamais être donné au début d'un accès : on s'exposerait aux pires

accidents de la goutte rétrocedée. M. le professeur Bouchard le prescrit sous forme de vin, à la dose de 10 à 12 grammes par jour, et prolonge son emploi pendant trois jours. La formule suivante lui est familière :

Eau de tilleul.....	4 grammes
Eau de menthe.....	10 —
Sirop d'écorces d'oranges amères...	20 —
Vin de colchique.....	12 —

Quand l'accès de goutte aura pris fin, le malade sera soumis à l'usage prolongé de l'iodure de potassium à petite dose. Les frictions sèches, les bains sulfureux, une hygiène sévère, tant au point de vue des aliments et des boissons que des conditions du travail, trouveront aussi, chez les gouteux saturnins, une indication formelle.

CHAPITRE V

Observations.

OBSERVATION I (*Inédite*).

Le nommé B... : Florentin, âgé de 43 ans, exerçant la profession de fruitier, entre, le 5 mai 1885, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Landry, lit n° 24.

Antécédents héréditaires. — Père, serrurier, mort à 59 ans.

Mère, cuisinière, morte à 44 ans, d'un étranglement herniaire.

Antécédents personnels. — Originaire des Vosges ; est venu à Paris, à l'âge de cinq ans.

Santé délicate dans l'enfance : Croûtes du cuir chevelu ; engorgements ganglionnaires : privations.

A fait du service militaire pendant sept ans ; a habité quatre ans la Guadeloupe. Trois années durant, il a eu la fièvre paludéenne. A la suite de ce séjour dans les colonies, il présenta des vomissements spontanés, qui persistèrent pendant quatre ans. Après sa libération, il éprouva des douleurs dans l'hypocondre gauche, jamais du côté droit. N'a jamais eu de jaunisse franche ; parfois, teinte subictérique, qui attirait l'attention de son entourage.

Pas de douleur dans la région lombaire, pas de cuissons au moment des mictions. Pas de sables ou de graviers dans ses urines.

Dernièrement, celles-ci étaient rouges, comme teintées par du sang.

Hémorroïdes : parfois, douleurs anales et écoulement de sang après les selles.

Il mène une existence assez large dans son métier de fruitier. Il fréquente les Halles et boit chaque matin un litre et demi de vin blanc. Il n'est pas grand mangeur et il n'a aucune prédilection marquée pour les viandes.

Digestions difficiles, accompagnées de pesanteurs épigastriques et d'éruclations. Tremblement des doigts et de la langue. Avait autrefois des pituites ; elles ont disparu depuis trois ans.

N'a jamais eu de douleurs dans les jointures jusqu'à l'âge de 37 ans.

Il y a six ans, au mois de mars 1879, notre malade a ressenti, vers cinq ou six heures du soir, de la douleur dans le gros orteil droit. Elle a augmenté progressivement la nuit, l'orteil est devenu gros et violacé, le frôlement des draps était insupportable. Insomnie complète. Un peu d'accalmie le matin. Il n'a pu se lever. Douleurs atroces, durant sept ou huit jours, avec exacerbation. Au bout de trois semaines, il pouvait marcher. Cependant, sans éprouver de douleur proprement dite, il a conservé, depuis cette époque, de la gêne. Le gros orteil a commencé à proéminer en dedans, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, formant une saillie qui n'a cessé de s'accroître.

Un an après, vers la même époque, au printemps de 1880, mêmes phénomènes au gros orteil du pied droit. Le lendemain, le gros orteil du pied gauche était atteint à son tour. Les douleurs furent moins aiguës. Les pieds, dans leur ensemble, étaient enflés, mais une pression, exercée avec les doigts, n'éveillait de souffrance qu'au niveau des gros orteils, qui étaient gonflés et violacés.

En 1883, les gros orteils sont pris de nouveau : à gauche, le gonflement et la douleur intéressent tout le pied, jusqu'à la cheville ; à droite, le pied est épargné.

Les douleurs sont moins aiguës. Gonflement. Ces accidents durent quinze jours. Chaque fois, les déformations et la gêne des mouvements sont de plus en plus accentués.

La santé générale reste bonne.

Pas de douleur, en 1884.

Pendant tous ces accès, le malade a été soigné chez lui.

Il y a près de quatre semaines, il a commencé à souffrir du genou droit, vers quatre ou cinq heures du soir. Il a pris le lit. Les douleurs ont été violentes pendant la nuit. Le lendemain, elles ont gagné les deux pieds et du gonflement s'est manifesté du côté des genoux. L'enflure des pieds a été minime. L'index gauche est devenu volumineux, fusiforme, douloureux : depuis un ou deux mois, il éprouvait, de ce côté, quelque chose d'anormal ; les jointures jouaient mal. Les douleurs des pieds n'ont subsisté que trois jours ; par contre, elles se sont fixées au genou, qu'elles n'ont pas quitté. Le coude droit est impotent depuis hier matin ; cette nuit, l'épaule lui a fait mal.

Le coude droit est rouge et gonflé. La pression sur l'olécrâne et sur les deux gouttières adjacentes éveille de la douleur. L'épicondyle et l'épitrochlée sont à peine sensibles. Les mouvements de flexion sont douloureux. Le petit doigt gauche est fusiforme : gonflement au niveau de l'articulation de la deuxième et de la troisième phalange. Rougeur vineuse.

Ni la pression, ni les mouvements ne sont douloureux. Il existe, à la partie interne, un point fluctuant, d'un blanc mat, très douloureux.

Le genou droit est recouvert d'un vésicatoire : il n'est plus douloureux au niveau de la rotule.

Les deux gros orteils sont enflés, d'un rouge vineux ; les veines de la peau y sont dilatées.

Langue saburrale, anorexie. Ni vomissements, ni nausées.

Toux légère. Quelques râles sibilants et sous-crépitants disséminés.

Cœur normal. Puls régulier.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Température rectale : 38°4.

Le diagnostic de goutte subaigue s'impose. Mais pourquoi la goutte est-elle apparue chez un homme que sa naissance et sa

situation sociale semblent *a priori* devoir en préserver ? En examinant ses gencives, nous constatons les traces d'un liseré saturnin ancien. Nous sommes conduits à rechercher l'intoxication saturnine accidentelle.

Bref, après quelques questions, nous apprenons que le malade n'a pas toujours été fruitier, qu'il était, il y a quelques années, peintre en bâtiments et qu'il a acheté un fonds de commerce, après son mariage, abandonnant sa profession primitive. Il rentre donc dans la catégorie des gouteux saturnins, ou plutôt des saturnins gouteux.

Traitement. — Carbonate de lithine, 0 gr. 60.

Bicarbonate de soude : trois cuillerées à café par jour, délayées dans un quart de verre d'eau.

6 mai. Comme les accidents sont subaiguës, qu'ils persistent depuis près d'un mois, M. le professeur Bouchard prescrit 12 grammes de vin de colchique à prendre chaque jour, pendant trois jours.

8 mai. Le malade se trouve mieux. La nuit a été bonne : elle s'est passée sans souffrances. Les douleurs, nulles au repos, reparaisent à l'occasion des mouvements. Les urines ont augmenté de quantité (1 l. 500).

9 mai. Suppression du vin de colchique.

11 mai. Urines : 4 l. 550.

Rougeur vineuse des deux gros orteils, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne. Gonflement. Renitence. Douleur à la pression et au mouvement. Pas de dépôts solides. Pas d'œdème du pied. Pas de dilatation des veines.

Le genou droit n'est plus enflé. Les mouvements de flexion sont possibles. Pas d'épanchement. Au niveau du bord externe de la rotule se trouve une zone peu étendue, large comme une pièce de deux francs, tuméfiée, fluctuante, très douloureuse, rouge. Craquements articulaires.

Le coude droit exécute des mouvements de flexion, mais en pressant sur le bec de l'olécrâne et sur les deux gouttières qui la bordent, on détermine une douleur vive.

Le petit doigt gauche est gonflé, fusiforme, peu douloureux, rouge vineux.

La température du malade se maintient à 38° et au-dessus, sans dépasser 38°5. Le mouvement fébrile, quoique peu accusé, est indiscutable.

13 mai. L'amélioration se dessine. Aucune douleur au repos. A essayé de se lever ; mais la marche réveille la douleur dans le genou et les orteils. La rougeur des téguments disparaît. Desquamation. La température est descendue à 37°3.

Urines : 2 litres. 1 degré (alimentation).

14 mai. Les souffrances ont reparu cette nuit dans le genou droit, si bien qu'il peut à peine bouger. Douleur continue sans élancement. Temp. : 38°4. Urines : 3 l. 200.

15 mai. Urines : 2 l. 500.

16 mai. Urines : 1 l. 550. Iodure de potassium : 1 gr.

18 mai. Urines : 2 l. 375.

19 mai. Urines : 2 l. 270.

20 mai. Urines : 2 l.

21 mai. Etat local bas. Les douleurs sont très atténuées.

Urines : 2 l. 500.

Eau de sedlitz : deux verres.

29 mai. Le malade quitte le service. Il est très amélioré en ce sens qu'il ne souffre plus. Toutefois, le gonflement n'a pas totalement disparu et les mouvements restent limités.

OBSERVATION II.

(Empruntée à M. CHARCOT. *Gaz. hebd. des Hôpitaux*, 1863, page 433).

Le nommé S..., G..., âgé de 56 ans, originaire du Piémont, exerçant à la fois deux professions : celle de fumiste et celle de peintre en bâtiments, entre, le 11 octobre 1861, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Henri, n° 19, dans le service de M. Pidoux (intérimat de M. Charcot).

Antécédents héréditaires. — Pas de goutte ou de rhumatisme chez ses parents. Sa mère, un peu asthmatique, est morte à 70 ans. Sa famille a été toujours dans une situation précaire.

Antécédents personnels. — Il a quitté son pays à 14 ans et a voyagé beaucoup, surtout en France, où il exerçait, en hiver, la profession de fumiste, et, en été, celle de peintre en bâtiments. Sa position a toujours été médiocre : il pouvait à peine arriver à nourrir sa femme et ses cinq enfants.

A diverses reprises, il a eu des accès de colique de plomb, notamment un très violent à l'âge de 28 ans.

A 32 ans, il a un accès de goutte caractérisé par une douleur violente, survenue tout à coup dans le pouce du pied gauche et accompagnée de gonflement et de rougeur. Il eut à peine de la fièvre. Il garda le lit 15 jours. Pas de phénomènes gastriques. Jamais ni sables, ni graviers dans les urines.

Deuxième accès, un an après : douleur, gonflement et rougeur de la cheville, toujours du côté gauche. Cet accès dura un mois.

Le troisième accès fut caractérisé par son siège au genou gauche : il dura près d'un mois.

Depuis, les accès se sont reproduits chaque année, à l'automne : à chaque nouvel accès, de nouvelles jointures ont été prises. Depuis deux ans, les accès sont presque subintrants, accompagnés de fièvre et d'inappétence. Les jointures restent raides, en dehors des accès, si bien qu'il doit user de béquilles, pour marcher et qu'il lui est impossible de travailler. Le froid, le chaud réveillent les douleurs : actuellement, presque toutes les jointures des membres sont douloureuses et tuméfiées.

L'hiver passé, pendant une attaque de goutte, il ressentit un choc violent dans la tête et perdit connaissance pendant une heure. Quand il revint à lui, il y avait engourdissement et faiblesse du bras droit et de la jambe droite : ces symptômes persistent aujourd'hui, mais à un faible degré ; les membres inférieurs et supérieurs du côté droit sont évidemment plus faibles que du côté opposé ; il y a ce matin du fourmillement dans les derniers doigts de la main et du pied droit, ainsi que sur le bord externe du pied ; cependant, l'anesthésie, sur ces parties, est très peu prononcée.

Depuis trois ans, concrétions tophacées sur l'oreille externe.

Etat actuel. — 14 octobre. Le malade a une forte constitution ; il a encore de l'embonpoint, bien qu'il ait maigri depuis deux ans. Intelligence vive. Jamais de maladie cutanée. Arc sénile très marqué.

Il est entré hier avec la plupart des grosses jointures rouges, douloureuses et tuméfiées, principalement celles des genoux, des mains et des poignets.

La constatation de concrétions tophacées sur les oreilles et sur l'une des mains fait éliminer d'emblée l'hypothèse d'un rhumatisme articulaire chronique primitif. On prescrit le sulfate de quinine et le calomel, et, au bout de quatre ou cinq jours, le gonflement, la rougeur et la fièvre qui était au vive, disparaissent pour laisser le malade dans l'état d'infirmité où il était avant l'accès.

Examen le 24 octobre. Membres inférieurs. — Les orteils sont soudés, ankylosés dans leur articulation métatarso-phalangienne, laquelle ne présente pas de gonflement. Les gros orteils n'ont pas de tendance à la déviation latérale, si fréquente dans le rhumatisme articulaire, chronique, progressif.

Les pieds ne sont pas déformés. La peau présente un état scléreux marqué : au gros orteil, elle semble faire corps avec les tissus sous-jacents.

Les articulations tibio-tarsiennes, peu mobiles, ne sont pas tuméfiées. Les genoux, légèrement tuméfiés, sont nettement difformes. Pas de déviation de la rotule. Pas d'épanchement. Raideur et gêne des mouvements. Sensation de crépitation à *petits grains*. Les hanches sont libres.

Membres supérieurs. — Ankylose absolue des poignets. La peau qui les recouvre est scléreuse, comme soudée aux tissus sous-jacents. Les doigts, gros à leur origine, s'effilent à partir de la phalangine. Les doigts sont dans la situation réciproque où ils se placent pour tenir une plume, toutefois, plutôt dans l'extension que dans la flexion. Pas de déviation en masse des doigts vers le bord cubital de la main qui se rencontre si habituellement dans le rhumatisme nouveau. Ankylose des phalanges sans déviation, subluxa-

tion ou gonflement des extrémités osseuses. Quelques nodosités dans l'intervalle des diverses jointures. L'une de ces nodosités, présentant un aspect d'un blanc crayeux, est incisée : il s'écoule une substance de consistance molle, qui est examinée au microscope. Le coude, les épaules, le cou sont un peu raides, mais sans déformation. Le malade y éprouve souvent des douleurs, lors des accès. Douleurs au niveau de l'insertion des cartilages costaux sur le sternum et à l'union des os du nez avec le cartilage nasal. Pas de concrétions tophacées en ces points.

Concrétions tophacées sur les oreilles.

Les viscères thoraciques et abdominaux n'offrent pas d'altérations appréciables.

L'examen microscopique et l'action de quelques réactifs a permis d'affirmer que les concrétions tophacées étaient constituées par des cristaux d'urate acide.

Examen de la sérosité d'un vésicatoire. — Suivant le procédé de Garrod, la sérosité retirée des phytènes et mêlée à de l'eau distillée, contenant un tiers d'acide acétique cristallisable, fut versée dans un verre de pendule de 8 centimètres de diamètre : on introduisit dans le liquide quelques fils de toile bien discociés. Le tout fut abandonné, à l'abri de poussière et des diverses causes d'agitation. Après quarante-huit heures d'évaporation, le liquide étant presque sirupeux, l'examen microscopique révéla sur les fibres de nombreux cristaux d'acide urique, rhomboïdaux, insolubles dans l'acide acétique, solubles dans une solution aqueuse de soude caustique.

OBSERVATION III (*Inédite*).

Le nommé M..., Paul, âgé de 42 ans, exerçant la profession de peintre en bâtiments, entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le professeur Bouchard, le 19 février 1883, salle Saint-Landry, lit n° 25.

Antécédents héréditaires. — Père, âgé de 69 ans, buveur, menant une existence large. N'a jamais souffert des jointures. Variqueux. Pas d'eczéma. Pas de dermatoses.

Mère, 67 ans, se porte bien. Depuis l'enfance présente des douleurs articulaires assez vagues; il est difficile d'avoir des renseignements précis.

Un père, âgé de 40 ans, se porte bien. N'a jamais de douleurs. Le malade ne peut donner des renseignements touchant ses grands parents. Personne dans sa famille n'a de migraine, de dermatose, de dyspepsie.

Antécédents personnels. — Né à Paris. Parisien de la 3^e génération. Manifestations strumeuses dans l'enfance; engorgements ganglionnaires, otorrhée, gourmes, conjonctivites... D'abord garçon de magasin, il est entré dans les Chemins de fer, où il est resté douze ans. Depuis 7 ans, c'est-à-dire depuis l'âge de 35 ans, il est peintre en bâtiments. Jamais de coliques ou de paralysies saturnines. Jamais de troubles digestifs. Les dents sont déchaussées; mais il avait une mauvaise dentition, bien avant de manier le plomb. Pas de liséré net. Pas de syphilis. Peu de manifestations alcooliques en ce moment. Excès alcooliques de 25 à 30 ans. Pas de cauchemars la nuit. Léger tremblement de la langue.

En octobre et novembre derniers, il a eu une « fluxion de poitrine, une pleurésie », qui a duré un mois et demi. On lui a appliqué divers révulsifs sur la poitrine. Cependant il n'a gardé le lit que quelques jours, se levant, mangeant assez bien. Il avait de la dyspnée, mais ne toussait ni ne crachait.

Le 2 février, après une maladie et une convalescence de trois mois, il a repris son travail. Il travaille dix heures par jour. Se nourrit bien, boit peu, à peine un litre de vin par jour.

Début de la maladie actuelle. — Le 9 février, il a ressenti quelques douleurs dans les épaules, avec un peu de gêne dans les mouvements. Quelques jours après, les pieds ont enflé, au point qu'il ne pouvait mettre ses chaussures, et sont devenus douloureux. Le 15, l'acuité des douleurs l'a forcé à garder le lit et à faire appeler un médecin : la tuméfaction, généralisée à tout le pied, masquait les

deux malléoles. Avant-hier, 17 février, la tuméfaction et les douleurs ont envahi les deux mains.

Etat actuel. — 20 février 1885. Le malade est entré hier dans le service. Ses mains sont douloureuses et tuméfiées, moins qu'elles ne l'étaient hier et avant-hier. La face dorsale du métacarpe est gonflée régulièrement, rouge, chaude. En pressant avec le doigt, on détermine un godet, qui disparaît assez vite. La peau est tendue, luisante. Les mouvements des articulations radio-carpiennes et des articulations carpiennes ne sont pas douloureux. Au contraire, les articulations métacarpo-phalangiennes, qui sont rouges, présentent des douleurs dans leurs mouvements. La pression des tendons de l'avant-bras et de leurs gaines, au niveau du carpe, n'éveille pas de douleurs. La main gauche est peu tuméfiée, peu douloureuse. Les petites jointures des phalanges sont le siège de douleurs, pendant les mouvements qu'on leur imprime. On détermine aussi de la douleur, en pressant sur les gaines des doigts. Les deux pieds, qui étaient très tuméfiés hier encore, ne le sont plus aujourd'hui. Endolorissement général du pied droit; minime dans le pied gauche. Pas de douleur particulière dans le gros orteil, un peu dévié en dehors.

Aucune manifestation viscérale, sauf albuminurie.

Température élevée : hier soir, elle atteignait 40°; ce matin 39°1.

Le malade est au sixième jour d'un accès de goutte aiguë.

Traitement. — Laudanum et enveloppement ouaté autour des jointures malades. Diète lactée.

22 février. Le malade a eu du délire hier soir et dans la nuit. Il criait : « A l'assassin ! Au secours ! » ; voyait des ennemis qui venaient lui faire du mal... Il avait chaud, ne pouvait tolérer aucune couverture. Ce matin, il ne se rappelle que vaguement ces faits. Il lui reste de la lassitude, de la fatigue. Les douleurs articulaires et périarticulaires qui s'étaient réveillées hier soir au moment de la crise, ont disparu ce matin. Les jointures du poignet, des doigts et des pieds ne sont douloureuses ni quand on exécute des mouvements, ni quand on les presse méthodiquement. Elles sont raides, engourdies. Aussi ne peut-il guère s'en servir. Œdè-

mes et rougeurs ont complètement disparu. Aucun dépôt taphacé appréciable. Langue blanche et humide. Selles régulières. Pas de vomissements. Cœur et poumons sains. Température d'hier soir 39°6, du matin 39°1. Les urines assez limpides, ne renferment ni sucre, ni albumine.

Traitement. — Hydrate de chloral, 1 gr.

23 février. Salicylate de soude, 3 gr. Carbonate de lithine, 0 gr. 60 centigr.

24 février. Suppression du salicylate de soude.

25 février. Le malade n'a pas eu de nouveaux accès de délire. La température est tombée de 39°8 à 38° ce matin. Les douleurs articulaires spontanées et provoquées ont complètement disparu. Les urines traitées par le réactif de Tauret donnent un nuage. Par la chaleur, on voit se former de petits flocons qui montent et descendent et finissent par se déposer au fond du tube. L'albumine avait disparu depuis le 22. Pas de sucre.

Traitement. — Bicarbonate de soude : deux cuillerées à café.

Sulfate de quinine, 1 gr.

Citrate de lithine, 0 gr. 60 centigr.

26 février. Il ne reste que de l'engourdissement des membres. Pas de douleur. Pas de délire. L'albumine persiste dans les urines (albumine rétractile). Le trouble s'éclaircit en partie par la chaleur, il augmente par le refroidissement (réactif de Tauret). Langue humide et blanche. Deux selles dans la journée. Temp. 36°9.

28 février. Apyrexie. Plus d'albuminurie. Douleurs et gonflement ont disparu. Appétit. 1 degré.

5 mars. 2 degrés.

12 mars. Suppression du citrate de lithine. Bains sulfureux.

15 mars. Exeat. Le malade est complètement remis de son accès de goutte.

OBSERVATION IV (*Inédite*).

Le nommé P..., Gustave, âgé de 40 ans, peintre en bâtiments, entre le 11 mai 1885 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Landry, n° 27.

Antécédents héréditaires. — Père, mort à 63 ans. Était enflé. Pendant six mois environ avant sa mort il ne pouvait se coucher et était obligé de rester sur un fauteuil.

Mère, morte à 70 ans. Ne pouvait plus manger. Était devenue très maigre, jaune-paille. Elle est morte probablement d'un cancer. Sa santé avait toujours été délicate.

Deux frères bien portants : l'un est doreur et l'autre fleuriste. Bien portants. N'ont jamais eu de goutte. Il n'a pas connu ses grands parents et ne peut nous donner aucun renseignement touchant leur état de santé.

Antécédents personnels. — Pas de manifestations scrofuleuses dans l'enfance.

Rougeole à 3 ans.

Scarlatine à 10 ans.

A 13 et 14 ans, esquinancies. Abscès de l'amygdale à deux reprises différentes.

Pas de danse de Saint-Guy.

Pas de rhumatisme.

Pas de palpitations.

Pas de migraines. Pas de troubles digestifs.

A fait sept ans de service militaire et a habité trois ans l'Algérie.

Il a fait la campagne de 1870.

Blennorrhagie.

Pas de syphilis.

Fièvres intermittentes (deux accès : tremblement, fièvre). Traité par sulfate de quinine (guérison complète).

Pas de sables, pas de gravelle. Ni colique hépatique, ni colique néphrétique.

A commencé à être peintre en bâtiments depuis l'âge de 14 ans.

Tremblement très marqué des doigts.

Tremblement moins marqué de la langue.

Quelques cauchemars.

Pituite le matin.

Première colique de plomb, il y a 10 ans. Durée : quinze jours.

Guérison complète.

Deuxième colique de plomb, il y a trois ans, qui a duré trois semaines.

Paralysie des extenseurs de la main et des doigts.

La première attaque de goutte remonte à la première colique de plomb. Survenue huit à dix jours après, elle s'est localisée à l'articulation de la première avec la deuxième phalange du médius droit. Le doigt est devenu *fusiiforme*, rouge, douloureux : les mouvements étaient impossibles.

Actuellement deux à trois tophus. Semi-ankylose.

Douleur par les mouvements. Pression peu douloureuse.

Durée de la première attaque : quinze jours ; le malade a repris son travail, mais le doigt est resté ankylosé.

Pendant son séjour à l'hôpital, lors de la dernière colique, le malade a eu sa deuxième attaque de goutte.

Toutes les articulations de la main ont été prises : gonflement, rougeur, chaleur, douleurs excessives. Les mouvements étaient impossibles.

Déformations consécutives, très marquées pour la première phalange du médius droit ; Dépôts tophacés. Ankyloses multiples.

Sa paralysie saturnine a été traitée par M. Charcot. Guérison au bout de deux mois.

A repris son travail.

Il y a deux jours, le malade a fait de sa hauteur, le samedi soir, une chute sur la main droite. Dans la nuit, il a commencé à sentir de l'engourdissement dans l'articulation trapezo-métacarpienne du pouce droit et successivement dans toutes les articulations métacarpo-phalangiennes.

Le pouce, l'index, le médius ont été frappés, tandis que l'annulaire et le petit doigt ont été épargnés.

Rien dans le poignet.

Gonflement progressif sur le dos de la main pendant deux jours et demi.

Rougeur. Sensation de brûlures.

Impotence de la main.

Elancements au début. Puis douleur continue.

Les phénomènes ont commencé à décroître dimanche.

Etat actuel. — 12 mai 1885. La main est bien moins enflée qu'hier.

Léger œdème du dos de la main.

Rougeur légère.

Chaleur plus grande que sur la main gauche.

Deux à trois veines dilatées.

Déformations anciennes de la plupart des phalanges, mais particulièrement de celles du médius droit.

Ankyloses multiples ou du moins mouvements très limités.

Pas de douleur spontanée.

Douleur à la pression au niveau des têtes articulaires.

Rien aux membres inférieurs et dans les autres parties du squelette.

Tout est limité à la main droite, le poignet est respecté.

Langue rouge et humide. Appétit. Digestions bonnes. Selles régulières. Ni nausées, ni vomissements. La matité hépatique n'atteint ni le mamelon en haut, ni le rebord costal en bas. Les dents sont renversées en arrière. Liseré saturnin, peu prononcé.

Ni palpitations, ni oppressions. Les radiales sont dures et sinueuses; elles ont perdu leur élasticité. Le pouls est fort, très résistant, régulier. Les temporales offrent les mêmes caractères dans leurs battements. Le premier bruit du cœur est prolongé à la pointe.

Le malade se lève deux ou trois fois la nuit pour uriner : dans la journée, il n'a pas remarqué que ses mictions soient fréquentes. Il boit en grande quantité pendant ses repas, mais pas dans l'intervalle. Les urines renferment une petite quantité d'albumine rétractile. Pas de sucre. Pas de réaction au perchlorure de fer. Urines : 1,500.

L'accès de goutte est en voie de guérison. Pas de fièvres.

19 mai. Le malade, dont l'amélioration avait été progressive depuis son entrée, qui ne souffrait presque plus, dont la rougeur et le gonflement avaient pour ainsi dire disparu, a ressenti ce matin de la douleur dans le poignet gauche, qui jusqu'ici était resté complètement indemne.

Elévation thermique.

21 mai. Eau de tilleul	20 gr.
Eau de menthe.	10 gr.
Sirop d'écorce d'oranges amères.	20 gr.
Vin de colchique	12 gr.

A prendre dans la journée par grandes cuillerées.

Renouveler pendant trois jours.

23 mai. Les douleurs sont atténuées, mais le gonflement persiste, encore considérable, à la face dorsale du poignet, de la main et des doigts. Chaleur légère. Rougeur violacée. Pas de dilatations veineuses. L'œdème à la pression disparaît facilement. Les mouvements des doigts et des poignets sont possibles.

25 mai. Le gonflement diminue, de même que l'œdème et la rougeur. Desquamation épidermique de la peau de la main droite. Les mouvements sont possibles. Urines : 3,350.

30 mai. L'œdème a presque complètement disparu. Liberté des mouvements.

4 juin. Peu de douleur, peu de gonflement. Les mouvements du poignet sont libres; mais le malade ne peut fermer les doigts dans le creux de la main.

Les urines renferment toujours une petite quantité d'albumine (en proportion moindre).

23 juin. Exeat.

OBSERVATION V (*Inédite*).

Le nommé X..., âgé de 41 ans, peintre en bâtiments, entre à l'hôpital Lariboisière, le 19 mars 1885, dans le service de M. le professeur Bouchard, salle Saint-Landry, lit n° 24.

Originaire de Paris, il a commencé jeune son apprentissage dans la peinture en bâtiments. A deux ou trois reprises, il a éprouvé des coliques de plomb. Il y a quatre ans, paralysie ou plutôt parésie des extenseurs des doigts.

Début de la maladie actuelle. — Il y a trois semaines, il a ressenti des coliques légères; en même temps, il pouvait à peine se servir de ses mains, qui étaient mal habiles et avaient perdu de leur force.

Etat actuel. — 20 mars 1883. La main gauche, au niveau de la face dorsale du métacarpe est tuméfiée, rouge, chaude, douloureuse à la pression, parcourue de veines superficielles dilatées. Sur la main droite, mêmes phénomènes, moins accentués. Au niveau du métatarse du pied gauche, rougeur légère, dilatation des veines, sans douleur à la pression. Au pied droit, phénomènes plus marqués : rougeur, chaleur, douleur, dilatation des veines, marbrures. Douleur très vive à la tête du péroné.

Température : 39° soir; 38° matin.

Traitement : Iodure de potassium, 1 gr.

21 mars. Le malade se plaint le matin de mal de gorge; nous ne constatons que de la rougeur.

22 mars. L'angine persiste; en outre, depuis cette nuit, l'oreille gauche est gonflée et douloureuse. L'oreille droite offre aussi une tuméfaction légère.

La température se maintient à 39°.

26 mars. Il existe un érysipèle, nettement confirmé du cuir chevelu; le pavillon de l'oreille est rouge et turgescence. Les paupières sont œdématisées. La peau des pommettes, rouge et luisante, est douloureuse à la pression. Il ne s'agit pas d'une détermination goutteuse du côté de l'oreille, ainsi que nous l'avions craint le premier jour. L'angine du début, qui persiste aujourd'hui, n'était autre chose qu'un érysipèle du pharynx, qui a gagné la trompe d'Eustache, s'est propagé à l'oreille moyenne et de là au conduit externe et au pavillon, pour envahir ensuite la face. Ainsi s'explique la surdité que le malade présente depuis le début de l'érysipèle.

Température : 39°.

28 mars. Les oreilles sont moins tendues et moins douloureuses. L'œil gauche est encore rouge. La paupière est moins infiltrée. La pommette n'est plus sensible à la pression.

Rougeur de la gorge et œdème de la luette; peu de dysphagie.

Anorexie complète; langue sale, saburrale. Haleine d'une odeur repoussante. Constipation.

Le malade souffre de ses genoux et de ses pieds.

Température : 39°5. Depuis trois jours, elle atteint 40° le soir.

En raison de l'état d'embarras gastrique dominant, on lui prescrit un verre d'eau de Sedlitz.

3 avril. L'érysipèle a complètement disparu depuis deux jours. La surdité diminue. L'angine est effacée.

La face dorsale de la main est empâtée, rouge; les veines superficielles sont dilatées.

La pression est douloureuse. Au repos, pas de douleur.

Paralysie des extenseurs de la main droite. Le malade ne serre que très peu.

Parésie des membres de l'avant-bras gauche.

Rougeur au niveau de la face dorsale des pieds; rougeur de la malléole interne droite.

La langue est humide et rouge; les selles se sont régularisées. Pas de vomissements. Pas de céphalalgie.

L'appétit renaît et le malade demande à manger.

La température s'est abaissée à 38°2.

4 avril. Peu à peu la température, qui avait atteint 40°, descend et se maintient sur la ligne de 38°.

Le gonflement, la rougeur, ainsi que les douleurs s'atténuent.

15 avril. Le malade quitte l'hôpital. Il n'est pas encore complètement guéri.

OBSERVATION VI (*Inédite*).

Le nommé S..., Antoine, peintre en bâtiments, âgé de 38 ans, entre le 23 janvier 1885, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le professeur Bouchard, salle Saint-Landry, n° 29.

Antécédents héréditaires. — Père, mort à 74 ans. Mère, morte à 57 ans. Pas de goutte, pas de rhumatisme; la mère était obèse et avait des migraines fréquentes. Un frère, bien portant. Deux sœurs dont l'une est obèse et présente des migraines.

Antécédents personnels. — Originaire de Nîmes, il est parti pour l'Algérie à l'âge de 12 ans et y est resté jusqu'à ces dernières années. Depuis dix ans, il exerçait la profession de peintre en bâtiments. Il n'a jamais eu ni migraine, ni douleurs articulaires, ni rhumatisme. A diverses reprises, il a éprouvé des accès de fièvre intermittente. En 1876, à l'âge de 29 ans, il a contracté la syphilis. Il lui reste des traces de syphilide ulcéreuse sur la jambe gauche. Il présente en outre une plaque d'eczéma guéri. Pas de gravelle. Ni coliques hépatiques. Ni coliques néphrétiques.

Il a beaucoup abusé de l'alcool en Afrique, mais il ne boit plus actuellement. Tremblement marqué des doigts et de la langue. Les pituites, fréquentes et tenaces autrefois, ont disparu depuis qu'il est devenu sobre.

A deux reprises, en 1873 et en 1874, le malade a été atteint de coliques sèches de plomb, qui ont duré huit jours environ et ne se sont plus reproduites depuis.

Pas de paralysies, pas d'anesthésies, pas le liseré gingival, pas de dyspepsie.

Le reflexe plantaire est conservé. Le reflexe rotulien, un peu affaibli à droite, est normal à gauche.

Il y a cinq jours, le 18 janvier, au milieu de la nuit, notre malade a été réveillé vers trois heures du matin par une douleur violente, siégeant au niveau du gros orteil droit, lequel s'est mis aussitôt à gonfler et à rougir. Le pied a enflé jusqu'à la cheville. Le malade s'est levé quand même: mais dans la journée, il a été obligé de

prendre le lit. Un peu d'accalmie vers trois heures de l'après-midi. Depuis lors, la douleur et le gonflement n'ont fait que s'atténuer.

Incidemment, le malade raconte que huit jours auparavant il a fait des déménagements très pénibles, qu'il s'est beaucoup fatigué et que quelques jours après, il a ressenti des élancements dans le gros orteil, précédant de deux jours l'éclosion de l'accès de goutte.

Etat actuel. — 24 janvier 1885. Le gros orteil droit est très volumineux. L'ongle est hypertrophié et déformé. L'articulation métatarso-phalangienne forme un angle très saillant en dehors. Il en est de même du côté droit. La peau n'est pas tendue, sauf au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, où elle est lisse et luisante. La pression y réveille des douleurs, mais les mouvements de flexion ne sont pas douloureux. Quelques craquements articulaires. En somme, l'accès de goutte est presque éteint.

Pas de fièvre.

L'appétit est excellent. Pas de troubles gastriques. Selles régulières.

Rien d'anormal au cœur et aux poumons.

La radiale est athéromateuse.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Traitement. — Vin de colchique, 10 grammes chaque jour pendant trois jours.

27 janvier. Des douleurs ont apparu ce matin au pied gauche, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Rougeur et tuméfaction légère.

28 janvier. Les douleurs persistent, mais atténuées. Pas de fièvre. Etat général bon.

29 janvier. Les douleurs ont à peu près disparu dans les deux pieds. Il ne reste ni tuméfaction, ni rougeur. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Suppression du vin de colchique.

Le malade sort aujourd'hui. On lui recommande de rester quelques jours sans travailler.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Arrivé au terme de cette étude, nous croyons pouvoir nous résumer dans les quelques formules suivantes :

I. La goutte observée dans les hôpitaux ressortit dans la majorité des cas à l'intoxication saturnine. Elle doit être considérée comme un accident de cette dernière, au même titre que la colique de plomb, la paralysie des extenseurs..., etc. Tantôt elle constitue un épisode isolé dans le cours du saturnisme, à l'exclusion des autres accidents ; tantôt elle accompagne ces derniers, se substitue à eux d'une façon plus ou moins directe, n'occupant qu'une part secondaire dans l'expression générale de l'intoxication.

II. L'accès de goutte saturnine, considéré en lui-même, ne se différencie pas de l'accès de goutte diathésique.

Toutefois, on doit remarquer :

1° Que dans la goutte saturnine on n'observe pas les phénomènes prémonitaires de la goutte diathésique ;

2° Que la goutte saturnine constitue d'habitude le lot

d'organismes épuisés, tandis que le propre de l'attaque de goutte diathésique est de s'adresser à des sujets pleins de vigueur;

3° Que la goutte saturnine marche plus rapidement vers la chronicité.

III. En présence d'un cas de goutte, il est bon de rechercher toujours s'il n'a pas sa raison d'être dans une intoxication saturnine déguisée.

IV. Le traitement est intéressé directement à ce diagnostic étiologique. Il sera dirigé d'abord contre l'accès de goutte et plus tard contre l'intoxication.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,

LABOULBÈNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
INTRODUCTION	5
CHAPITRE I. Etiologie générale	9
CHAPITRE II. Symptomatologie	18
CHAPITRE III. Diagnostic et pronostic	26
CHAPITRE IV. Traitement.	29
CHAPITRE V. Observations	34
CONCLUSIONS	50

